

Edgar A. Cyriac

WELLCOME INSTITUTE
Coll.
Call
10
pam
WE 720
1910
R 71 t

D^r CARLE RÖDERER

Assistant d'orthopédie
à l'hôpital Bretonneau.

A PROPOS

DU

Traitement Cinésique des Scolioses

EXTRAIT DES *Archives de Médecine des Enfants*
(Octobre 1910)

PARIS
IMPRIMERIE LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17
—
1910

ROEDERER



22500912117



A PROPOS

DU

TRAITEMENT CINÉSIQUE DES SCOLIOSES ⁽¹⁾

Par le Dr Carle RÆDERER,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

Il ne viendrait à l'esprit d'aucun orthopédiste de s'insurger contre ce mot d'opprobre de la chirurgie qui a changé d'application et qu'il est banal aujourd'hui d'accoler au nom de la scoliose un peu à la façon d'un stigmatisme ou d'une vengeance.

Si on a pu, et pour cause, déposséder de ce vocable la luxation congénitale, qui, de nos jours, trouve dans la majorité des cas une guérison certaine et définitive par l'emploi de méthodes précises, codifiables en quelques lois, à caractère impératif, nul ne songe prétendre que semblablement la scoliose, dépouillée de tout le mystère pathogénique qui l'entoure et pénétrée dans son essence, a livré son secret et que son étude est sortie du cercle de la discussion.

Quel que soit le champ, aujourd'hui conquis, le terrain gagné sur l'hypothèse, quels que soient les résultats partiels, il faut bien reconnaître, malgré l'immense effort de ces dernières années, que nous n'avons fait qu'un pas infime vers la certitude.

(1) Congrès international de physiothérapie, avril 1910.

Quiconque a suivi quelques scolioses attentivement, jour par jour, ne peut se vanter d'avoir trouvé l'équation définitive, le terme formel et absolu qui doit assurer le succès dans tous les cas.

Rien n'est déconcertant comme notre maladie. Les promesses expérimentales de la veille sont contredites par les observations du lendemain, et cette perpétuelle leçon de modestie, que nous donnent les faits, doit nous inciter à venir, sans fausse honte, apporter au jugement de l'ensemble des chercheurs, la moisson de nos investigations personnelles, fussent-elles très humbles.

Déjà quelques faits précis, consacrés par l'expérience, émergent du cadre des notions théoriques. Ces faits, on ne saurait les proclamer trop haut, car l'immense majorité des praticiens en est restée, en matière de traitement de la scoliose, aux données purement spéculatives des classiques d'hier.

Nous devons l'affirmer, la scoliose, au début, relève essentiellement de la cinésie. Le massage, la gymnastique, la mécanothérapie judicieusement employés, avec l'assistance d'autres agents physiques, donnent le plus souvent d'excellents résultats. On ne saurait en dire autant de l'orthopédie pure, de l'orthopédie corset.

L'orthopédie pure rendrait des services à deux conditions :

1° Si le corset était infiniment modifiable, malléable et souple, s'il pouvait, sans entraver aucune des fonctions générales, servir de simple tuteur, comprimer avec tact, suivre non pas même la déformation dans son évolution journalière, mais le dos dans chacun de ses mouvements.

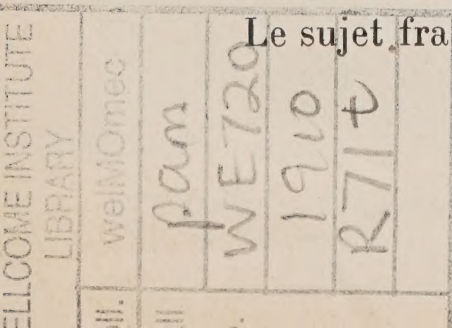
Un corset de cette nature est encore à trouver.

2° Si la scoliose était une simple maladie locale.

Or la scoliose ne nous apparaît pas comme un phénomène primitif, mais comme une manifestation.

Ce que nous devons traiter, ce n'est pas seulement une déformation rachidienne, c'est un état général.

Tout le démontre. La scoliose évolue sur un terrain choisi. Le sujet frappé est un ancien rachitique, un convalescent de



fraîche date, une fillette dont l'organisme fait à grand'peine les frais d'une croissance trop rapide, une enfant chez qui la puberté a amené des perturbations physiologiques profondes. Le scoliotique est un enfant à appétit capricieux, aux digestions lentes et douloureuses. C'est un gastralgique; c'est souvent un intestinal, un constipé à fermentations déréglées. C'est constamment un ptosique. Il fait une ptose vertébrale comme il fait une ptose de l'estomac ou d'aventure une ptose rénale. Il a relâché ses ligaments rachidiens parce qu'il présente une laxité articulaire générale. La coïncidence du pied plat est aujourd'hui un fait admis.

Toute la nutrition se fait mal chez le scoliotique. Sa maigreur ou son adiposité précoce en témoigne. Tout indique que l'organisme entier participe à la maladie.

Y a-t-il à proprement parler une entité scoliotique? Doit-on rattacher ces symptômes différents à une cause unique, ou s'agit-il de différents états morbides qui aboutissent au même résultat? Pour l'instant, il n'importe. Ce que nous devons dire et redire, c'est cette déchéance générale du scoliotique. Dès lors l'emploi du corset de traitement peut-il se soutenir? C'est cet enfant affaibli, en état d'hypohématose que l'on parle d'enfermer dans une cuirasse, dont on va comprimer les poumons, troubler le jeu naturel du diaphragme et de la sangle abdominale, dont on va empoisonner les jours et les nuits par une contention brutale. Quelle étrange aberration! Non! Répétons-le très haut, afin que nos confrères non spécialisés finissent par l'entendre, c'est par l'hygiène, par les soins généraux, par le mouvement, que l'on guérit une scoliose.

Mais de cette notion de la scoliose, maladie générale, doivent découler pour nous d'autres indications. Nous ne devons pas nous laisser hypnotiser, comme les familles, par le dos de l'enfant. Pour lui rendre une colonne vertébrale normale, c'est sa santé qu'il convient de refaire, et nous devons tout amener à concourir à cet effet. La vie au grand air, les bains d'air et de soleil sont de précieux adjuvants. On oublie trop les fonctions physiologiques de la peau, son rôle d'organe vicariant des émonctoires principaux. Il con-

vient d'activer la circulation périphérique du scoliotique par des frictions souvent renouvelées. Enfin, l'hydrothérapie, toujours utile, peut avoir parfois une influence prédominante à un moment critique. Dans quelques cas de scoliozes du premier degré chez des enfants jeunes, molles, scoliozes, dont la rapidité d'évolution et la variabilité d'humeur déroutent toutes les prévisions, les douches seules, régulièrement appliquées pendant quelques semaines, ont une valeur tonique excellente et permettent de reprendre à bon escient le traitement cinésique proprement dit.

Un autre corollaire de cette notion de la scoliose considérée comme une maladie générale, est *l'extrême importance qu'il est indispensable de réserver à la gymnastique respiratoire*. C'est elle qu'il convient de placer au premier plan du traitement de début. Sans doute, on l'instituera avec toutes les précautions d'usage chez ces enfants, souvent affaiblis, présentant des tendances aux vertiges. Les mouvements passifs et les mouvements actifs auront des valeurs de durée inégale, suivant l'état de l'enfant, son bon vouloir.

A cette gymnastique respiratoire, il ne faut pas craindre de consacrer un trop long temps d'apprentissage et, par la suite, les respirations appuyées doivent faire le début obligatoire de toute séance de correction.

Ce faisant, nous ne poursuivrons pas d'ailleurs seulement un but général. Sans doute la rapide augmentation du périmètre, l'augmentation de l'hématose, l'amélioration de l'appétit, la modification favorable de l'état anémique, sont des résultats suffisants pour justifier notre conduite ; mais il faut encore tenir compte de l'effet de ce jeu thoracique sur l'augmentation de force des muscles respirateurs accessoires, sur les articulations costo-vertébrales et chondro-costales, et reconnaître que la gymnastique pulmonaire fait beaucoup pour la conquête de la souplesse qu'il faut en premier lieu retrouver.

Utile chez tous, la gymnastique respiratoire s'impose chez quelques-uns comme une nécessité inéluctable. Il s'agit d'enfants qui présentaient un obstacle mécanique à la respiration ; végétations ou obstructions nasales, et nous tenons pour certain que cette infirmité respiratoire n'engendre pas seulement des

cyphoses ou des thorax en sablier, mais est nettement productrice de courbure latérale, directement ou indirectement.

Un autre corollaire est la très grande utilité des exercices symétriques. C'est un grand tort de demander trop tôt des mouvements correcteurs fatigants. L'enfant est incapable d'en supporter l'usage, et constamment l'on est obligé de surseoir à un traitement, de le remettre à une date indéterminée. On est coupable d'avoir voulu trop bien faire. De longues séances seront donc consacrées à des mouvements symétriques. Mouvements empruntés à la gymnastique de plancher ; mouvements qui seront d'abord, en majorité, des mouvements des membres pratiqués dans le décubitus dorsal. Ce sursis laissé à la correction réelle des courbures n'est pas du temps perdu, mais du temps gagné. Ainsi, par ces exercices symétriques pratiqués sous un effort croissant et suivant une gamme ascendante, on amènera l'enfant à un degré d'entraînement suffisant. Ayant reconquis son état général, ayant retrouvé une sangle abdominale, s'étant assoupli, il peut maintenant faire les frais de la correction véritable.

D'ailleurs bien des scolioses au début sont déjà améliorées par ce régime. Il en est même qui se remettent sans autres soins.

Parmi les exercices symétriques, quelques-uns justifient la préférence qu'ont pour eux certains directeurs d'instituts orthopédiques de l'étranger.

Il s'agit des exercices d'équilibre, auxquels on n'attribue chez nous qu'une trop médiocre importance.

Pourtant, à n'en pas douter, aucune mobilisation n'est plus apte à assouplir les articulations vertébrales et costo-vertébrales. De plus, tous les muscles paravertébraux entrent en fonctionnement. De plus encore, et c'est cela surtout, ces exercices réveillent le sens de l'équilibre, sens défaillant chez le scoliotique. Une expérience que nous faisons toujours consiste à faire mettre à un scoliotique les bras en croix, en réclamant l'horizontabilité parfaite. Constamment l'enfant élève un des bras plus que l'autre, et il a besoin du concours de la vue pour régler leur symétrie de direction. Il y a donc

bien obnubilation de ce sens de l'équilibre chez les scoliotiques, et c'est ce sens que nous réveillons, rééduquons et dirigeons. Parmi les exercices d'équilibre les plus utiles, à notre avis, doivent figurer les promenades les bras en croix, le passage de la barre, le port d'un poids sur la tête, etc.

D'ailleurs, qu'il s'agisse de gymnastique respiratoire, de gymnastique symétrique, de mouvements d'équilibre ou de gymnastique correctrice, un facteur s'impose, qui est la collaboration absolue, complète du malade. Ce n'est pas nous qui guérissons le scoliotique; sans son concours, nous ne pouvons rien. C'est lui qui se guérira s'il en a le ferme propos, s'il met une réelle conscience à bien exécuter les mouvements prescrits, s'il a le courage et la persévérance. Ici donc, la cinésithérapie doit s'appuyer sur une autre connaissance d'un caractère plus général, la psychologie et la science de l'enfant. Le médecin qui traite une scoliose doit gagner la confiance de son petit malade, s'en faire aimer. Il doit infuser à ce petit être mou et sans consistance une volonté tenace. Il n'est pas un professeur de mouvements, mais un vrai médecin qui soigne sans doute le corps, mais l'atteint à travers l'esprit. On s'étonne, dans le public, de tels résultats obtenus par tel praticien; c'est qu'il ne s'agit pas d'une méthode, mais d'un enseignement; c'est qu'en cette matière, comme pour toute éducation physique — comme pour toute éducation, — la chose ne vaut que pas ce que vaut l'homme.

Un instinct véritable de l'enfance, un tact, un savoir-faire, une patience qui ne se départit jamais, sont aussi indispensables qu'une connaissance approfondie de l'anatomie musculaire.

Et là nous touchons à un point très délicat. Trop de nos confrères non spécialisés confient encore leurs scolioses à des empiriques incapables. Même instruits de leur physiologie musculaire, même soucieux de pousser loin leurs études spéciales, comment exiger d'eux cette culture, cette supériorité intellectuelle, cet asservissement de l'esprit à un but supérieur qui est indispensable pour pénétrer l'âme de l'enfant, pour le soutenir, le retenir du découragement, de l'ennui.

Là où il faut être à la fois médecin et pédagogue, c'est vraiment trop peu d'être gymnaste.

Les mouvements correcteurs seront très sérieusement et très lentement étudiés. Deux ou trois par séance. C'est tout ce que peut supporter l'attention du petit malade. La liste du reste en sera courte. Sept à huit mouvements correcteurs, vraiment correcteurs, rigoureusement faits dans l'esprit même qui a guidé le choix du médecin, quatre à cinq mouvements respiratoires et des mouvements généraux constitueront la séance habituelle, celle que l'enfant reproduira à son domicile.

Cette séance ainsi sera courte; elle ne produira jamais de fatigue, n'aboutira jamais à l'ennui; elle sera, par contre, fréquente, très fréquente, aussi fréquente que le permettra le régime de vie que l'on aura autorisé et les contingences scolaires et familiales.

Avec un peu d'adresse, on finira par faire comprendre aux parents que les lois naturelles exigent que nous fassions de nos filles des femmes saines et fortes, tandis qu'aucun instinct ne nous demande d'en faire des diplômées.

Ces mouvements correcteurs seront d'ailleurs renouvelés pour chaque enfant. Un grand danger du médecin qui soigne peu de scolioses, comme de celui qui en soigne beaucoup, c'est de ne pas avoir une liste assez variée d'exercices. Le premier ne sait pas et le second finit par s'endormir dans la répétition d'actes que sa mémoire lui apporte automatiquement. Il faut lutter contre cette tendance. Au reste, il semble impossible de réduire en formules simples la gymnastique orthopédique. On a trop employé pour toutes choses cette méthode facile. Ce fut l'erreur des manuels. Il y a là un grave abus. Non plus que les autres branches de la médecine, la cinésithérapie ne supporte les tableaux synoptiques et les réponses catégoriques à un questionnaire en forme de catéchisme.

C'est le bon sens, le tact, la divination, à défaut de l'expérience longue, qui doivent guider dans le choix des mouvements souhaitables. Il en est que l'on voit partout recommandés, que les professeurs de gymnastique appliquent

communément et qui sont tout bonnement des hérésies anatomo-mécaniques. Certains enfants nous sont venus, sortant de chez des empiriques réputés, qui pratiquaient des manœuvres aptes à déterminer la scoliose que l'on voulait combattre. Il y avait eu erreur d'interprétation d'un texte précis.

Nous donnons dans notre pratique une grande préférence à l'auto-redressement à la ceinture de Tiedmann et au mouvement d'Hoffa si difficile à faire bien exécuter.

Les séances multi-quotidiennes *at home* ne suffisent absolument pas ; elles doivent être complétées et j'oserai dire corrigées par les séances chez le médecin. Celles-ci ont un double intérêt. La surveillance du scoliotique ne saurait être assez fréquente. Quelques scolioses sont véritablement déroutantes. Certaines, au début, se modifient sans cesse ; plus tard, à la recherche des compensations, elles demeurent très changeantes ; qu'une période de règles, une grippe, un embarras gastrique surviennent, et voilà une rechute grave, que rien ne faisait prévoir. Le traitement doit être aussitôt dirigé dans un autre sens.

Aussi on ne saurait assez le dire, si la participation volontaire du malade est indispensable, la surveillance constante du médecin est nécessaire dans le traitement cinésique des scolioses.

Ces séances correctrices ont d'ailleurs le plus haut intérêt. Je crois qu'un mouvement véritablement correcteur, qu'une manœuvre qui améliore une courbure sans nuire à la compensation est chose si rare, si difficile à rendre parfaite qu'elle n'est possible que sous le contrôle du médecin et d'un aide particulièrement exercé.

Il ne faut d'ailleurs pas, pensons-nous, en matière de scoliose confirmée, se montrer trop difficile et poursuivre un but trop parfait. *In medio stat virtus*. La pratique donne chaque jour une entorse à la théorie. C'est surtout en matière de scoliose qu'il faut peu promettre, car il est bien difficile de rester toujours fidèle à ce qu'on a promis. Souventes fois il faut savoir se contenter d'un apparent résultat. Réduire les deux ou les trois courbures, c'est évidemment souhaitable, mais quand, après de nombreux efforts, après une longue bataille contre

la déformation, on n'est arrivé qu'à un résultat approximatif, qu'on a atténué la courbure la plus apparente, nous estimons qu'on doit se montrer satisfait. Il nous est arrivé délibérément de sacrifier une courbure, la lombaire par exemple, chez un garçon, quand, au prix de ce sacrifice, nous pensions pouvoir améliorer une inflexion gibbeuse dorsale, très apparente, et représentant à nos yeux un danger pour l'expansion pulmonaire.

La suspension de Seyre, la correction par l'appareil de Kirmisson, seront parfois très utiles. Mais, sauf dans des cas de scoliose totale bien limitée, nous réprouvons l'emploi du siège oblique de Wolkman, de la sangle de Barlow, de la chaise de Zander et surtout de la Bome de Lorenz, même avec le correctif de Redard ou le dispositif de Zander. Nous n'osons affirmer qu'il soit toujours possible de limiter, dans ce cas, la courbure et la rotation et de ne pas y faire participer courbure et rotation de sens inverse, sus ou sous-jacentes. *Primo non nocere.*

Tout au contraire, et en opposition avec la plupart des Suédois, nous employons couramment, dans les cas graves, le corset plâtré amovible, fait dans la suspension et pendant une correction très énergique obtenue par les mains, par des béquillons et un système de sangle (Brun), grâce à un portique spécial. Le corset plâtré peut, à condition d'être enlevé et remis dans la suspension, servir ainsi pendant quelques mois. On peut même, avec quelque habitude, le modifier au fur et à mesure des besoins. En d'autres circonstances, ayant réussi à mobiliser des scolioses graves à plusieurs courbures, qui, dans le mouvement auto-correcteur d'extension des mains aux hanches, arrivent à se grandir de quelques centimètres, nous avons immobilisé l'enfant dans un appareil plâtré fermé, muni toujours d'une grande fenêtre respiratoire antérieure, et quelquefois d'une fenêtre de décompression latérale. Après quelques semaines, on reprenait les séances de cinésie.

Parfois même la compression soit par la méthode des couches ouatées, appliquée par Calot au mal de Pott, soit par la méthode de Perdu (d'Amiens), a semblé modifier favorable-

ment la déformation. Mais nous ne saurions dire assez l'absolue nécessité de ne pas prolonger au delà d'un mois ou deux le port d'un même appareil. Des séances de gymnastique respiratoire, d'assouplissement, de réfection musculaire sont, à nos yeux, indispensables dans l'intervalle de deux appareils. Pour avoir négligé cette précaution, nous avons eu deux fois le regret de voir des petits prédisposés faire des noyaux de tuberculose pulmonaire au niveau des points de compression.

En somme, prise au début, traitée comme une affection générale, obéissant à toutes les données actuelles de l'hygiène, faisant appel aux récalcifiants, à l'arsenic, au phosphore, avec le concours de l'hydrothérapie, de la cure d'air et de soleil, l'assistance d'un corset moulé sur l'enfant, la scoliose est en général enrayée par la cinésithérapie.

Les garçons donnent les plus beaux succès. Les résultats seront meilleurs chez les enfants musclés et énergiques et en présence d'une courbure à grand rayon.

La rotation vertébrale, la rapidité d'évolution infligent un caractère fâcheux au pronostic, et c'est dans ces cas que l'on doit faire appel au corset.

Pourtant, ne craignons pas de le dire pour être absolument sincères, il est des scolioses déconcertantes, des scolioses qui, quoi qu'on fasse, vont s'aggravant lentement, progressivement ou par crise. Il en est qui vont de rechute en rechute. Ce sont ces scolioses graves — terreur de l'orthopédiste — oiseaux de passage, traversant les cabinets médicaux, sans cesse en quête d'un nouvel institut, à la poursuite d'une nouvelle méthode, qui, franchissant les frontières, s'en vont frapper de porte en porte, pour être finalement la proie de quelques rebouteux à l'affût.

Parmi celles-ci, combien de maux de Pott *insipiens*, à forme scoliotique ! Combien de scolioses congénitales ayant passé inaperçues ! Combien de reliquats de paralysie infantile mal diagnostiquée ! Combien de déformations latérales tout ordinaires n'ayant rencontré au début que des soins incompetents, mais aussi combien de scolioses essentielles, prises à temps, dont, en raison d'un principe qui nous échappe, l'évolution devait être fatale !

En leur présence, on se demande si elles ne sont pas l'aboutissement d'un facteur encore inconnu, s'il n'y a bien qu'une scoliose. L'avenir répondra sans doute à cette interrogation, qui est au fond de bien des pensées.

Ce serait, semble-t-il, compromettre la cinésithérapie que de faire en son nom des promesses exagérées.

Si la scoliose appartient en principe à la méthode gymnastique qui a fait ses preuves, ayons le courage de dire qu'elle lui échappe quelquefois.

From the
Dr. Roderick. 11 R. St. F. 1844.
Paris.